

**ПРОГРАММА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ  
ПО УХОДУ НА ДОМУ (IN-HOME  
SUPPORTIVE SERVICES - IHSS)  
ЗАПРОС ПОЛУЧАТЕЛЯ УСЛУГ О  
НАЗНАЧЕНИИ РАБОЧИХ ЧАСОВ  
ПРОВАЙДЕРУ**

НОМЕР ДЕЛА ПОЛУЧАТЕЛЯ IHSS
----------------------------

ИМЯ ПОЛУЧАТЕЛЯ	(ИМЯ	ОТЧЕСТВО	ФАМИЛИЯ)
----------------	------	----------	----------

ИМЯ ПРОВАЙДЕРА	(ИМЯ	ОТЧЕСТВО	ФАМИЛИЯ)	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ПРОВАЙДЕРА	НАЗНАЧЕНО ЧАСОВ В МЕСЯЦ:
----------------	------	----------	----------	------------------------------------	--------------------------

Я понимаю, что заполнив и предоставив эту форму в программу округа по предоставлению услуг на дому (In-Home Supportive Services - IHSS), я обращаюсь в программу IHSS с просьбой назначить указанное количество выделенных мне часов упомянутому здесь провайдеру. Я также понимаю, что на основании данного запроса, количество часов в таблице рабочего времени моего провайдера НЕ будет превышать то количество часов, которое я попросил выделить ему/ей в данной форме. Данный запрос будет оставаться в силе до тех пор, пока я не оформлю новый запрос в программу IHSS округа.

ПОДПИСЬ ПОЛУЧАТЕЛЯ	ДАТА
УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ (ЕСЛИ ПОЛУЧАТЕЛЬ НЕ МОЖЕТ РАСПИСАТЬСЯ ЗА СЕБЯ)	КЕМ ПРИХОДИТСЯ ПОЛУЧАТЕЛЮ
ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
ПОДПИСЬ ПРОВАЙДЕРА	ДАТА

**COUNTY USE ONLY**

COMMENTS

SOCIAL WORKER NAME	(FIRST	MIDDLE	LAST)	SOCIALWORKER IDENTIFICATION NUMBER
--------------------	--------	--------	-------	------------------------------------